

**CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EDUCACIÓN Y
AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE
LA EPS-S COMFACOR MONTERÍA 2015**

KATIUSCA ARGEL TORRES

KATI VANESA PACHECO TORRES

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA - CÓRDOBA**

2015

**CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EDUCACIÓN Y
AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE
LA EPS-S COMFACOR MONTERÍA 2015**

KATIUSCA ARGEL TORRES

KATI VANESA PACHECO TORRES

DIRECTOR TEMÁTICO

Mg. STELLA IGNACIA ORTEGA OVIEDO

DIRECTOR METODOLÓGICO

PhD. ÁLVARO ANTONIO SÁNCHEZ CARABALLO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA - CÓRDOBA

2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Jurado

Montería, Noviembre de 2015

Dedicatoria

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis padres Manuel A. y Emilce T., por darme la vida, amarme, creer en mí y porque siempre me apoyaron. Gracias por darme una carrera para mi futuro.

Mis hermanos, Ligia y Calixto, por estar conmigo, creer en mí y apoyarme siempre, los quiero mucho.

Mis sobrinos, Manuel, María y Jesús, para que vean en mí un ejemplo a seguir.

Mi abuela María B. quien siempre ha creído en mí y me ha dado mucho amor.

Mi novio Fidel Petro, quien me apoyó y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

La familia Vega Doria, por abrirme las puertas de su hogar sin conocerme y por ese gran apoyo que me dieron durante la carrera.

Katiusca Argel Torres

A:

Primeramente a Dios, porque permitió la realización de este proyecto.

Mis padres Enilda Rosa Torres Pérez y Remberto Gabriel Pacheco Peñate, por creer en mí a pesar de todo.

Mi familia que siempre estuvo apoyándome incansablemente a lo largo de todo este tiempo.

Mis amigas de siempre y amigos de corazón que han sido mi apoyo en la lucha y muchas veces la motivación que necesité.

Katy Vanessa

AGRADECIMIENTOS

A:

La Universidad de Córdoba, por motivar la investigación como parte de nuestro proceso formativo y por respaldarlo durante el período académico.

Los escenarios objeto de estudio: Bienestar Activa IPS por su acogimiento, receptividad y por permitirnos realizar el proyecto de investigación en su sede.

Los pacientes quienes nos colaboraron respondiendo de la encuesta

Nuestra asesora temática Stella Ignacia Ortega Oviedo, por su dedicación, paciencia y compromiso con el desarrollo y enriquecimiento de nuestro trabajo de grado.

El profesor Álvaro Antonio Sánchez Caraballo, nuestro asesor metodológico, por su acompañamiento, contribución y aportes a nuestro proyecto.

La EPS-S COMFACOR por permitirnos trabajar con parte de su población, la cual es la razón de ser de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1 OBJETIVOS	17
1. 1 GENERAL	17
1. 2 ESPECÍFICOS	17
2 MARCO DE REFERENCIA	18
2. 1 MARCO TEÓRICO	18
2. 1.1 DIABETES MELLITUS TIPO 2	18
2. 1.2 COMPLICACIONES	18
2. 1.3 COMPONENTES DE LA EDUCACIÓN	18
2. 1.4 CONTROL METABÓLICO	19
2. 2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	28
2. 3 MARCO LEGAL	31
2. 4 MARCO CONCEPTUAL	32
2. 4.1 AUTOCUIDADO	33
2. 4.2 CONDICIONES DE EDUCACIÓN	33
2. 4.3 CONOCIMIENTOS BÁSICOS	33
2. 4.4 AUTOCUIDADO	33
3 METODOLOGÍA	34
3. 1 TIPO DE ESTUDIO	34
3. 2 ESCENARIO DE ESTUDIO	34

3. 3	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	34
3. 4	UNIDAD DE ANÁLISIS	35
3. 5	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
3. 6	PRUEBA PILOTO	35
3. 7	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	36
3. 8	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	36
3. 9	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	37
4	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	38
5	CONCLUSIONES	57
	RECOMENDACIONES	59
	BIBLIOGRAFÍA	61
	ANEXOS	65

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Metas de tratamiento de la diabetes	20
Tabla 2. Tipos de medicamentos para la diabetes mellitus	21
	22
Tabla 3. Tratamiento más usado en monoterapia	
Tabla 4. Tipos de insulina usadas en Colombia para la diabetes mellitus	23
Tabla 5. Temas educativos	54
Tabla 6. Principales complicaciones	56

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Distribución de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 por grupo etáreo	39
Gráfica 2. Distribución de los pacientes por género	40
Gráfica 3. Distribución de los pacientes por residencia	41
Gráfica 4. Distribución de los pacientes por nivel educativo	42
Gráfica 5. Conocimiento de la diabetes	44
Gráfica 6. Conocimiento de complicaciones	45
Gráfica 7. Educación Diabetes	46
Gráfica 8. Educación de tratamiento médico	47
Gráfica 9. Educación de Alimentación	48
Gráfica 10. Prevención Pie Diabético	49
Gráfica 11. Educación Actividad Física	50
Gráfica 12. Educación Higiene	51

Gráfica 13. Educación Automonitoreo	52
Gráfica 14. Frecuencia educación	53
Gráfica 15. Aplicación autocuidado	55

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Cuestionario de encuesta PACIENTES	65
ANEXO B. Cuestionario de encuesta EQUIPO DE SALUD	68

RESUMEN

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa causada por la resistencia a la insulina, se puede presentar en niños, adolescentes y también en la edad adulta, una mala agencia de autocuidado genera complicaciones que pueden causar la muerte. Por lo que se hace necesaria una educación adecuada que tenga en cuenta las características sociodemográficas de cada paciente. Este es un estudio descriptivo, de tipo cuanti-cualitativo, que tuvo como objetivo general caracterizar las condiciones de educación y autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la EPS-S COMFACOR de la ciudad de Montería 2015, con el propósito de retroalimentar el proceso educativo de los pacientes crónicos. La muestra estuvo constituida por 41 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, los datos fueron obtenidos de las encuestas realizadas a los pacientes y personal de salud.

Los resultados mostraron que, la mayor población con diabetes mellitus tipo 2, se encuentra en edades entre 48 y 77 años; nivel educativo entre Primaria y Bachillerato. No obstante, un porcentaje significativo es analfabeto; el mayor porcentaje de pacientes reside en la zona urbana y son de sexo femenino. En cuanto a los conocimientos que los pacientes tenían de su enfermedad, se encontró que todos los pacientes manifestaban conocer los cuidados básicos. Pero, la mayoría de ellos desconocían en que consiste su enfermedad y las complicaciones de la misma, Con relación a los componentes de orientación en autocuidado se encontraron que, la medicación, ejercicio y la alimentación son los temas que con mayor frecuencia se brindan en los controles. La frecuencia de los controles que predominó fueron el mensual y bimensual y las complicaciones más comunes que manifestaron haber presentado estos pacientes se encuentran: hipertensión arterial, hipoglicemia, retinopatía y neuropatía.

SUMMARY

Type 2 Mellitus diabetes is a chronic disease caused by a resistance to insulin. It could appear in children, teenagers and also in adults. A bad manage of self-care causes trouble and can be deadly. So it is important adequate education that takes into account the sociodemographic characteristics of every patient.

The objective of this quantitative type study was to characterize the education conditions and patients' self-care with type 2 Mellitus diabetes from COMFACOR EPS-S in Monteria in 2015. The aim was to feedback the learning process of chronic patients. The sample was done with 41 patients with Type 2 Mellitus Diabetes and the data were obtained by the surveys on patients and health staff.

The results showed that most people with type 2 diabetes mellitus, is aged between 48 and 77 years; education between primary and high school. However, a significant proportion is illiterate; the highest percentage of patients living in urban areas and are female. As for the knowledge that the patients had their disease, it was found that all patients demonstrating meet basic care. But most of them did not know what his illness and complications thereof, relative to the components of guidance in self-care found that, medication, exercise and diet are the issues that most often give in controls. The frequency of controls that prevailed were the monthly and bimonthly and the most common complications reported having presented these patients are: high blood pressure, hypoglycemia, retinopathy and neuropathy.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las causas de morbilidad y mortalidad de la población en general del país, “la transformación epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha generado un incremento de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la enfermedad crónica respiratoria y la diabetes”¹. Convirtiéndose en un reto para la salud pública.

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades degenerativas más frecuente en niños, adolescentes y también puede iniciar en la edad adulta. Los factores que generan esta enfermedad han aumentado debido a los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales; por lo que, “implica considerables gastos del presupuesto de salud, principalmente en los servicios de segundo y tercer nivel de atención que atienden las complicaciones”². Bajo esta concepción se hace, “necesario una educación adecuada, orientada a prevenir las complicaciones agudas, reducir el riesgo de las manifestaciones tardías de la enfermedad y garantizar la adecuada adherencia al tratamiento en base a la dieta, ejercicio y medicación farmacológica”³.

Sin embargo, ha aumentado el número de pacientes que sufren complicaciones propias de la enfermedad, “en un estudio sobre morbilidad por ingresos hospitalarios en adultos mayores de la misma ciudad, la diabetes ocupó el cuarto lugar, con un 57,8%”⁴. Por lo que se sospecha que estas variaciones negativas

¹ MINISTERIO DE SALUD. Modelos de personas con enfermedades crónicas. [En línea]. 2012. [Citado 1-Marzo-2015] Disponible en internet: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/modelo-cuidado-enfermedades->

² ARREDONDO, Damián. Costo económico en la producción de servicios de salud: del costo de los insumos, al costo del manejo de caso. *Salud Pública Mex* 1997; 39(2):117-124.

³ ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Educación de la persona con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes*. Supl. 1: 128-129. 2000.

⁴ ACHERNER, P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. *En: avances en diabetología*. 2010. vol. 26, no.95, p. 98.

están directamente relacionadas con el autocuidado del paciente, lo que conllevó a emprender este proyecto de investigación orientado a caracterizar las condiciones de educación y autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la EPS-S (Entidad Prestadora de Salud – Subsidiada) COMFACOR de la ciudad de Montería 2015, y de este modo determinar los elementos susceptibles de mejora para fortalecer el proceso educativo en control de los enfermos de diabetes mellitus en la EPS-S.

Los resultados del estudio son importantes para las dos entidades: Bienestar Activa y COMFACOR (IPS y EPS), en lo referente a evitar las posibles complicaciones que puedan derivarse de la enfermedad por un inadecuado autocuidado. Además, dichos resultados permitirán una base de referencia acerca de la atención en salud que se les está dando a los pacientes en cuestión en el municipio de Montería y el departamento, de modo que éste pueda ser parte en el mejoramiento de las fallas que se encuentren y en el proceso de reforzar los aspectos positivos no sólo en el espacio del estudio, sino a nivel departamental.

Es importante para los profesionales de Enfermería, puesto que permite fomentar el autocuidado de los pacientes a través de la educación como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas saludables que ayuden a sobrellevar la enfermedad y a la vez prevengan las complicaciones de la misma.

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Caracterizar las condiciones de educación y autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la EPS-S COMFACOR de la ciudad de Montería 2015, con el propósito de retroalimentar el proceso educativo de los pacientes crónicos.

1.2 ESPECÍFICOS

Caracterización sociodemográfica de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la IPS Bienestar Activa.

Identificar los conocimientos que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, tienen de su enfermedad.

Describir los principales componentes y la frecuencia de la educación en autocuidado y control de la enfermedad que reciben los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la EPS-S COMFACOR.

Identificar las principales complicaciones agudas y crónicas que presentan los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la EPS-S COMFACOR.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Diabetes mellitus tipo 2

Trastorno metabólico que se caracteriza por unos niveles de glucosa en sangre (glucemia) por encima de los límites normales; cuando las células del tejido subcutáneo, hepático y muscular (adipocitos, hepatocitos y miositos, respectivamente) no responden de manera adecuada a la insulina segregada por el páncreas. A lo que se le conoce como resistencia a la insulina. Como resultado de esto, el azúcar no puede entrar en las células, lo que proporciona un alto nivel de ésta en la sangre (hiperglucemia).

2.1.2 Complicaciones

La diabetes, como patología crónica, está ligada al desarrollo de múltiples complicaciones tanto macrosvasculares que son lesiones de vasos sanguíneos más grandes que provocan, ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores y microvasculares que son lesiones de los vasos sanguíneos pequeños, entre los cuales se encuentran la retinopatía (pérdida progresiva de la vista), nefropatía (daño en los riñones) neuropatía (lesión en los nervios) y la afección del pie diabético.

2.1.3 Componentes de la educación

Son los contenidos temáticos sobre estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus para el control de su enfermedad, según la guía de atención de

la diabetes mellitus tipo 2, Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2, son los siguientes: Generalidades (¿En qué consiste la diabetes?), alimentación, actividad física, prevención pie diabético, medicamentos, complicaciones (agudas y crónicas), automonitoreo, higiene, entre otros.

2.1.4 Control metabólico

La parte más importante del tratamiento de la diabetes mellitus y que permite controlar los niveles de glucosa, el peso y evitar las complicaciones, “está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita al paciente tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad”⁵. Este tratamiento tiene como columna principal, la modificación de estilos de vida, especialmente los relacionados con los hábitos alimentarios, la actividad física, la higiene, entre otros, es difícil aislar cuáles son los aspectos de la educación que mejor contribuyen a su efectividad. Sin embargo, en muchos casos se requiere también de automonitoreo y del apoyo de medicamentos para lograr las metas de control.

Una persona con diabetes puede tener otras enfermedades como dislipidemia, hipertensión arterial, etc. Las metas de tratamiento incluyen el control de la glicemia preprandiales y postprandiales, así como controlar las otras enfermedades. Dentro de las metas del tratamiento estimadas, se encuentran:

⁵ GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Resolución 412/2000. P.384.

Tabla 1 Metas de tratamiento de la diabetes

PARÁMETRO	META
Control glucémico	Glucemia capilar preprandial 90 a 130 mg/dl
	Glucemia capilar postprandial < 180 mg/dl
	Glucemia basal 70 a 100 mg/dl
	Glucemia postprandial 100 a 180 mg/dl
A1C	< 7,0%*
Lípidos	Colesterol LDL < 100 mg/dl
	Colesterol LDL con evento cardiovascular < 70 mg/dl
	Colesterol HDL hombre > 40 mg/dl
	Colesterol HDL mujeres > 50 mg/dl
	Triglicéridos < 150 mg/dl
	Colesterol no-HDL ** ≤ 130 mg/dl
Presión arterial	< 130/80 mmHg sin microalbuminuria < 125/75 mmHg con microalbuminuria
Microalbuminuria (mg albúmina/g creatinina)	< 30 mg/g
IMC	Pérdida gradual y sostenida inicial de 5 a 10% de peso hasta alcanzar IMC 18.5 a 24,9 kg/m ²
Cintura hombres	≤ 90 cm
Cintura mujeres	≤ 80 cm

* A1C 6.5 % para la OMS y la IDF

** Colesterol no-HDL debe estar hasta 30 mg/dl por encima del colesterol LDL.

Fuente: Guía de atención de la diabetes tipo 2⁶

Existen muchos medicamentos disponibles para el tratamiento de la diabetes mellitus, cada uno tiene características diferentes, por lo que es necesario conocerlos y saber cómo funcionan para obtener el mayor beneficio de ellos.

Cada paciente es diferente, el tratamiento que se va a iniciar dependerá de la edad, el peso, del nivel de glucosa, otras enfermedades y características. Es por

⁶ Ibíd., p. 385.

ello, que hay varios tipos de medicamentos que se utilizan frecuentemente, entre ellos están:

Tabla 2 Tipos de medicamentos para la diabetes mellitus

Hipoglucemiantes secretagogos de insulina*

Fármaco	Rango de dosis mg/día	Tomas diarias número	Vida media (horas)
Sulfonilureas*			
Glibendámda**	2.5-15 dosis máxima 20	1-3 antes de las comidas	10
Gliclazida	80-160	1-2	4-7
Glimepirida	1-8	1 inmediatamente antes de ingerir alimento	9
No sulfonilurea			
Repaglinida	1-4	1-3 15 min antes de cada comida	1

* Las sulfonilureas de primera generación (clorpropamida) no se indican actualmente

** Disponible en POS.

Modificado de: Levovitz HE. Insulin secretagogues: Sulfonylureas, repaglinide, and nateglinide (22,23). (Recomendaciones A).

Fuente: Guía de atención para la diabetes tipo 2⁷

⁷ Ibíd., p. 394.

Tabla 3 Tratamiento más usado en monoterapia

Usos clínicos de la metformina*

Indicaciones	Como monoterapia o en combinación con otro agente o con insulina en DM2 cuando el paciente está con inadecuado control a pesar de dieta, ejercicio y educación
Forma de uso	Iniciar 500-850 mg/día con desayuno o comida principal, Ingerir con las comidas, incrementar la dosis lentamente. Dosis máxima 2550 mg/día
Contraindicaciones	Falla renal y hepática Insuficiencia cardíaca o respiratoria Hipoperfusión o hipoxemia Infección severa Abuso del alcohol Antecedente de lacto acidosis Descontinuar para aplicar medios de contraste o cirugía programada Embarazo
Precaución	Monitorear creatinemia

Modificado de: Bailey C. Metformin. In: Lebovitz, HL. Editor. Therapy For Diabetes Mellitus and Related Disorders. Fourth Edition. USA: American Diabetes Association; 2004. p. 176-91. (38,39). (Recomendación A)

Fuente: Guía de atención para la diabetes tipo 2⁸

⁸ Ibíd. p. 394.

Tabla 4 Tipos de insulina usadas en Colombia para la diabetes mellitus

Tipo de insulina	Inicio	Pico de acción	Duración del efecto
Insulinas análogas de acción rápida			
Insulina Lispro	5-15 min	30-90 min	3 – 5 horas
Insulina Glulisina**	5-15 min	30-90 min	3 – 5 horas
Insulina Aspartato	5-15 min	30–90 min	3 – 5 horas
Insulinas de acción corta			
Insulina cristalina o regular (IV)*	30-60 min	2-3 horas	5-8 horas
Insulinas de acción intermedia			
Insulina NPH*	2-4 horas	4–10 horas	10–16 horas
Insulinas análogas de acción prolongada			
Insulina Glargina	2-4 horas	Sin pico	20-24 horas
Insulina Detemir**	2-4 horas	6-14 horas	16-20 horas
Insulinas mezcladas			
Insulina 70/30 (NPH 70%, regular 30%)	30-60 min	Dual	10-16 horas

* Disponible en el POS ** Pendiente aprobación por FDA

Skyler J. Insulin Treatment. In: Lebovitz, HL. Editor. Therapy For Diabetes Mellitus and Related Disorders. Fourth Edition. USA: American Diabetes Association; 2004. p. 207-23 (42).

Fuente: Guía de atención para la diabetes tipo 2⁹

Cabe resaltar que el éxito del tratamiento farmacológico para la diabetes mellitus depende de la rigurosidad del mismo, para lo cual se recomienda que el paciente: Mantenga un listado de los medicamentos con su respectivo horario de administración en un lugar visible, ajuste la alarma de un reloj o teléfono en los horarios que debe tomar los medicamentos y que cuente con el apoyo de su familia para que le recuerde sobre sus medicamentos.

⁹ Ibíd. p. 395.

A continuación se describe un estilo de vida saludable coadyuvante al tratamiento médico, que permite controlar los niveles de glucosa, el peso y evitar las complicaciones de la enfermedad, el plan de alimentación para la diabetes es, “una guía que indica qué tipos de alimentos debe comer y en qué cantidad. El plan adecuado de alimentación ayuda a controlar mejor el nivel de glucosa en la sangre, presión arterial y colesterol, además de mantener el peso apropiado”¹⁰.

Una alimentación saludable para un diabético incluye: limitar alimentos con altos contenidos de azúcar, comer porciones pequeñas a lo largo del día, prestar atención a cuándo y cuánta cantidad de carbohidratos consume, consumir una gran variedad de alimentos integrales, frutas y vegetales, comer menos grasas, limitar el consumo del alcohol, usar menos sal, etc. Hay muchas maneras de ayudar al paciente a seguir un plan de alimentación para la diabetes. Algunas de ellas son el Método del plato o contar carbohidratos.

Otro estilo de vida saludable es el ejercicio físico, el cual es una de las formas de tratamiento de la diabetes mellitus, “las revisiones técnicas de la ADA sobre el ejercicio en pacientes con diabetes han concluido el valor del ejercicio regular para mejorar el control de la glucemia, reducir los factores de riesgo cardiovascular, contribuir a la reducción de peso y mejorar la sensación de bienestar; asimismo, el ejercicio puede prevenir el desarrollo de diabetes en individuos con alto riesgo”¹¹.

¹⁰ AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Plan de alimentación para la diabetes y una alimentación sana. [En línea]. 2014. [Citado 1-marzo-2015] Disponible en internet: <http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/plan-de-alimentacion-para-la.html?referrer=https://www.google.com.co/#sthash.Awua7TPf.dpuf>.

¹¹ GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, Op. cit., p. 389.

El programa regular de ejercicio es fundamental para el control glucémico de los pacientes con diabetes.

Se ha comprobado que el deporte es efectivo para prevenir este tipo de diabetes, especialmente en aquellas personas con un alto riesgo de padecerla: individuos con sobrepeso, tensión arterial elevada y con antecedentes familiares de diabetes. Una sesión debería constar de unos 10 a 20 minutos de estiramiento y de fuerza muscular, 5 minutos de calentamiento aeróbico (carrera suave), 15 a 60 minutos de ejercicio aeróbico a una intensidad apropiada y de 5 a 10 minutos de ejercicio de baja intensidad al acabar la práctica deportiva. Los deportes más recomendables son caminar, correr y montar en bicicleta, pero siempre hay que tener en cuenta el historial médico del paciente. Los diabéticos deben llevar un registro de entrenamiento y consultar siempre con el médico antes de realizar un ejercicio de forma continuada¹².

En cuanto a los beneficios de la práctica deportiva ésta: aumenta la utilización de glucosa por el músculo, mejora la sensibilidad a la insulina, reduce las necesidades diarias de insulina o disminuye las dosis de antidiabéticos orales, controla el peso y evita la obesidad, mantiene la tensión arterial y los niveles de colesterol, evita la ansiedad, la depresión y el estrés, reduce la incidencia de enfermedades cardiovasculares, entre otros. Según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), existen algunas precauciones dentro de las cuales se encuentra: evaluación del estado cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o con diabetes de más de diez años de evolución, las personas insulinoirrequirientes, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte y tener a su disposición una bebida azucarada, eventualmente el médico indicará un ajuste de la dosis de insulina, debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física; entre otras, las cuales se pueden verificar en la página: <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>

¹² FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN. Diabetes y ejercicio. [En línea]. 2014. [Citado 4-marzo-2015] Disponible en internet: <http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/980-diabetes-y-ejercicio.html>.

De acuerdo a un estudio realizado por Skarfors¹³, el ejercicio físico debe estimularse en el diabético mayor de 60 años, fundamentalmente los aeróbicos, sin provocar que sobrepase sus capacidades ni que agrave otras enfermedades coexistentes. La duración, frecuencia y progresión del ejercicio deben adaptarse a las posibilidades individuales.

Lo cual se reafirma en el estudio realizado por Hernández y Licea¹⁴, antes de aumentar los patrones usuales de actividad física o desarrollar un programa de ejercicios, el individuo con DM debe someterse a una evaluación médica detallada y a los estudios diagnósticos apropiados. Este examen clínico debe dirigirse a identificar la presencia de complicaciones macrovasculares y microvasculares, porque en dependencia de la severidad de estas, pueden empeorarse.

Un estilo de vida saludable de suma importancia para prevenir complicaciones en el paciente diabético, es la higiene personal, la cual es definida como, “un factor importante para promover la buena salud de la población. Para los diabéticos es aún más importante mantener una buena higiene personal, ya que disminuye la probabilidad de infecciones”¹⁵.

Los autocuidados deben ir dirigidos a dos puntos principales: el pie y las prendas que sirven para proteger el pie. El diabético debe realizar diariamente una higiene y observación meticulosa de su pie, así como tener una serie de precauciones e

¹³ SKARFORS, E.; WAGENER, T. and LITHELL, H. Physical training as treatment for type II (non-insulin-dependent diabetes) in elderly men: a feasibility study over 2 years, citado por MOLINER, Ricardo Batista; GONZÁLEZ, Lilia Ma Ortega y LÓPEZ, G. Fernández. Diabetes mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas. En: RESUMED. Vol. 11, no. 1, p. 6-23.

¹⁴ HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, José y LICEA PUIG, Manuel Emiliano. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. En: REVISTA CUBANA DE ENDOCRINOLOGÍA. Vol. 21, no. 2, p. 182-201.

¹⁵ DIABETESALDIA.COM. Mantenga buenos hábitos de higiene personal con especial cuidado en los pies. Disponible en <http://www.diabetesaldia.com/index.php/educacion/un-buen-control/cuidadodelospies/mantenga-buenos-habitos-de-higiene-personal>.

indicaciones: prevenir, reconocer y saber actuar frente a situaciones de riesgo; integrar a la vida cotidiana acciones preventivas como: elección del calzado correcto para evitar rozaduras y zonas de presión excesiva, la inspección diaria de los pies y del calzado a utilizar, cuidar la higiene diaria de los pies. Aportar y mantener la hidratación necesaria si corresponde, corte de uñas apropiado o trabajo conjunto con un podólogo adiestrado en el tema, cambio diario de calcetines o medias, que preferentemente deben ser de fibras naturales y de colores claros; estar adiestrado, especialmente en la búsqueda y detección de signos de alarma tales como hematomas debajo de callosidades, presencia de grietas mínimas, enrojecimientos, erosiones, flictenas serosas o hemorrágicas y maceración interdigital, situaciones que obligarán a una consulta inmediata; entre otros, para mayor información de los cuidados de los pies puede visitar la página <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/Pie%20diab%C3%A9tico.pdf>

Otro autocuidado no menos importante a los anteriores, es el automonitoreo, cuya razón principal es, “detectar las alteraciones antes de que causen malestar al paciente. Cuando el paciente mide sus niveles de glucosa en casa, en cualquier momento del día se dice que se encuentra en automonitoreo. Esto se logra a través de aparatos especiales llamados glucómetros, con los cuales se puede tomar una pequeña muestra de sangre del dedo y medir sus niveles de glucosa en unos cuantos minutos”¹⁶. Además este procedimiento “le permite al paciente evaluar su respuesta individual, saber si las metas de glucemia están siendo alcanzadas, puede ser útil para: prevenir hipoglucemia, ajustar la medicación, la dieta y la actividad física”¹⁷. Esta medición puede realizarse en cualquier momento o lugar, y en cualquier otro sitio, ya que los glucómetros son aparatos de carácter portátil. El glucómetro funciona con una gota de sangre que el paciente obtiene puncionando su dedo con una lanceta. Esta gota de sangre se pone en una tira

¹⁶ SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA. Automonitoreo de glucosa en los pacientes diabéticos. Artículo electrónico tomado de SMNE, Disponible en la internet: <http://www.innsz.mx/documentos/diabetes/18.automonitoreo%20DM%20smne.pdf>

¹⁷ GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2, Op. cit., p. 386.

reactiva y la tira se introduce al glucómetro, el cual se encarga de hacer la lectura de la glicemia del paciente.

2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Existen numerosos estudios respecto al tema de la educación al paciente diabético, en muchos de estos, primero se realiza una intervención educativa y después se evalúan los resultados respecto a parámetros de control de la enfermedad. En esta revisión de antecedentes se tienen en cuenta algunas investigaciones en las cuales se evidenciaron resultados positivos después de la implementación de algún tipo de programa de educación al paciente con DM.

Un estudio referente a la temática es, “conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes”¹⁸. Cuyo objetivo fue, “evaluar el conocimiento de los pacientes diabéticos acerca de su enfermedad antes y después la implementación de un Programa de Educación en Diabetes”¹⁹. Los resultados mostraron “cuando se analizó el conocimiento que los pacientes tenían antes y después de la implementación del programa de educación, se observó un aumento de este conocimiento”²⁰. En conclusión, “después de la implementación del programa de educación, hubo un aumento significativo en cuanto al conocimiento”²¹.

¹⁸ MIYAR OTERO, Liudmila; ZANETTI L., María y DAGUANO, Michelle, conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes, Rev. Latino-am enfermagem. Vol. 16. no 2. 2008.

¹⁹ *Ibíd.*, p 27.

²⁰ *Ibíd.*, p 27.

²¹ *Ibíd.*, p 28.

Otro estudio fue, “capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia”²² El cual tuvo como objetivo “determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en Sincelejo (Colombia)”²³. Los resultados mostraron, “que el 88.89% se ubicó en la categoría regular capacidad de autocuidado, con predominio de esta en cada una de las dimensiones, y se encontraron marcadas deficiencias en los aspectos de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de hábitos alimenticios”²⁴.

En conclusión, “se evidenciaron dificultades en los aspectos relacionados con apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de alimentos y afrontamiento de situaciones problemáticas; por ello es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado”²⁵.

Otro estudio es, “personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena”²⁶, cuyo objetivo principal fue, “Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena”²⁷.

²² CONTRERAS, Astrid, et al. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. En: Investigaciones Andinas. 2013. vol. 15, no. 26. p. 672.

²³ *Ibíd.*, p 84.

²⁴ *Ibíd.*, p 84.

²⁵ *Ibíd.*, p 86.

²⁶ HERRERA LIAN, Arled, et al. Personas con diabetes tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. En: Avances de Enfermería. 2012. vol. 30, no 2, p.39-46.

²⁷ *Ibíd.*, p 39.

Mostró como resultado que, “al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8% de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena, más del 50% de las personas siempre sacan tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio”²⁸. En conclusión, “las prácticas de autocuidado relacionadas con la higiene personal y del entorno, el conocimiento acerca de la enfermedad y la adherencia a la dieta, son aspectos fundamentales para conservar una buena agencia de autocuidado. Se destaca además la importancia del apoyo social, recibido por el paciente con Dm 2, como un factor para lograr adherencia al autocuidado”²⁹.

Otra investigación fue, “conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies en un grupo de amputados diabéticos, el cual tuvo por objetivo determinar la información y las orientaciones prácticas que tenía un grupo de pacientes diabéticos que sufrían una amputación en el momento del estudio”³⁰.

Los resultados evidenciaron, “que el 62,5% del grupo no revisaba periódicamente sus pies y el 42,4% no identificó como peligrosas algunas prácticas caseras ante callosidades, cortado de uñas, etc. Solamente el 29,5% pudo identificar 1 ó 2 cuidados prácticos de los pies. Se comprobó que no habían recibido información práctica al respecto y que en el 52,4 %, el inicio de la presente complicación fue por descuido, errores de conducta o ignorancia de cómo proceder”³¹. Se concluyó que, “una intervención educativa podría haber contribuido sustancialmente a reducir las amputaciones”³².

²⁸ Ibid., p 39.

²⁹ Ibid., p 46.

³⁰ SUÁREZ, Rolando, et al. Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies de un grupo de amputados diabéticos. En: Revista Cubana de Endocrinología. Mayo-Agosto, 2001. vol. 12, no. 2. p. 96-97.

³¹ Ibid., p 96.

³² Ibid., p 97.

Por otro lado el estudio de Noda³³, conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. El resultado evidenció que, “todos los pacientes conocían el nombre de su enfermedad, pero sólo 38,71% sabía en qué consistía. El 16,13% de los pacientes piensa que es una enfermedad curable y 48,4% conocía los factores que descompensan su enfermedad. El 9,68% tenía el conocimiento adecuado de las posibles complicaciones de la DM y 22,6% conocía adecuadamente las complicaciones que presentaban”³⁴.

En conclusión, “el nivel de conocimientos sobre la diabetes en estos pacientes fue insuficiente. La información obtenida sugiere una educación deficiente de parte de los médicos hacia estos pacientes, lo que hace necesario implementar los programas educativos para ellos”³⁵.

2.3 MARCO LEGAL

Son muchas las leyes que se han creado en nuestro país en materia de salud pública, esta investigación se sustenta legalmente a partir del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, el cual dice que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

³³ NODA MILLA, Julio, et al. Conocimiento sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Revista médica herediana, 2008, Vol. 19, no 2, p. 71.

³⁴ Ibíd., p 71.

³⁵ Ibíd., p 71.

En lo referente a la prestación de servicios de salud, este mismo artículo señala que corresponde al Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Resolución 412/2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Ahondando más en el tema de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y su dinámica asociada a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el decreto número 2759 de 1991 define que el Régimen de Referencia y Contrarreferencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

Está referido a una síntesis de tres conceptos como son: condiciones de educación, conocimientos básicos y autocuidado. A los cuales se les realiza una descripción sintética de su significado.

2.4.1 Conocimientos básicos

En la información mínima que el paciente con diabetes debe conocer de su patología, obteniendo con ello un adecuado autocuidado; dentro de estos tenemos: ¿En qué consiste la diabetes?, alimentación, actividad física, prevención pie diabético, medicamentos, complicaciones (agudas y crónicas), automonitoreo e higiene.

2.4.2 Condiciones de educación

En el presente estudio se define condiciones de educación como, “plan de tratamiento para la diabetes que se centra en la forma de incorporar los principios de manejo de la enfermedad en la vida diaria del paciente”³⁶. A través de componentes educativos como: en qué consiste la diabetes, medicamentos, dieta, prevención del pie diabético, higiene, automonitoreo, complicaciones y actividad física.

2.4.1 Autocuidado

El concepto de autocuidado es definido según Orem³⁷, como la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar.

³⁶ LUCHETTI, Flávia., et al. Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. Rev Latino-am Enfermagem. 2009. vol. 17, no 4.

³⁷ OREM, Dorotea. *Citado por*: VEGA, Olga y GONZÁLEZ, Dianne. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2007. vol. 4, no 4. p. 28-35.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta la estrategia de investigación, este estudio es descriptivo, de tipo cuanti-cualitativo.

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

La investigación se desarrolló en la IPS Bienestar activo ubicada en la Ciudad de Montería en la cual se prestan servicios de atención a los pacientes con diabetes mellitus, afiliados a la EPS COMFACOR Montería.

3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población corresponde a 844 personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 18 y 87 años, que padecen diabetes mellitus, las cuales son afiliadas a COMFACOR EPS, pertenecientes al régimen subsidiado, de estratos 1 y 2 en su mayoría residentes en el área urbana de la ciudad de Montería y atendidas en la IPS Bienestar Activa.

Además como fuente secundaria: 4 médicos, 1 enfermero y 1 auxiliar de enfermería de la IPS Bienestar Activa Montería.

Tipo de muestreo: No probabilístico, por conveniencia.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 afiliados a la EPS-S COMFACOR y equipo de salud de la IPS Bienestar Activa.

3.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó una encuesta diseñada por el grupo de investigación, como técnica de recolección de información de esta forma:

- Una encuesta con 15 ítems se aplicó a 41 pacientes atendidos en la IPS Bienestar Activa afiliados a COMFACOR, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, con preguntas abiertas y cerradas, las cuales tienen el objetivo de Identificar los conocimientos generales que tienen sobre la enfermedad, así como también establecer las principales complicaciones que presentan y sobre todo determinar los principales componentes y la frecuencia de la orientación que reciben (Anexo A).
- Una encuesta con preguntas abiertas y cerradas aplicada al personal asistencial (médicos y enfermeros/as) de la IPS Bienestar Activa, con el fin de recopilar información más precisa sobre la educación en autocuidado y control de la enfermedad que brindan a los pacientes, además comparar algunos de los resultados que se obtendrán en la encuesta como el contenido de la educación y la frecuencia de la misma, cuidado, atención y control de la enfermedad y prevención de complicaciones. (Anexo B).

3.6 PRUEBA PILOTO

Se realizó prueba piloto con pacientes diabéticos atendidos en la IPS Bienestar Activo de las EPS-S Saludvida y Coosalud, y en dicha realización se encontraron sesgos en algunas preguntas:

- Se cambió el término de consideraciones básicas de la pregunta N° 2, por el de cuidados básicos, para su mejor comprensión.
- La pregunta N° 4, se acortó y se volvió más específica, de manera que quede claro que interesa saber sobre la administración de los medicamentos de la enfermedad.
- En la pregunta N° 12, se da una breve explicación de las patologías mencionadas, de modo que estén al nivel educativo de todas las personas.
- Se procedió a modificar la palabra orientación por educación en las preguntas en que se encuentra dicha palabra: 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13 y 14.

3.7 CRITERIOS

INCLUSIÓN

- Personas que padezcan Diabetes Mellitus tipo 2.
- Entre las edades de 18 y 87 años.
- Afiliados a COMFACOR EPS Montería, atendidas en la IPS Bienestar Activa.
- Con control en el 2015.

EXCLUSIÓN

- Incapacidad cognitiva para comprender la entrevista.
- Pacientes que se nieguen a realizar la entrevista.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de los datos se utilizó Excel, versión 2010 en donde se tabuló y graficó la información recolectada a través de encuestas aplicada a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y al personal de la salud de la I.P.S

Bienestar Activa de Montería. La información se analizó utilizando la estadística descriptiva, se presenta en el orden de los objetivos planteados.

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Se tuvo en cuenta la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las bases administrativas, conceptuales y legales de la investigación en salud. De acuerdo al Artículo 11 de la presente resolución este estudio se clasifica como una investigación con “Riesgo Mínimo”.

A todos los sujetos del estudio se le dio a conocer los aspectos relacionados con su participación a través del consentimiento informado, de tal forma que si alguna persona manifiesta deseo de no seguir siendo encuestado o se niega, se atenderá la solicitud con el mejor clima de comprensión y confianza.

Cuenta con la aprobación de las entidades involucradas en la investigación (Bienestar activo IPS y COMFACOR EPS Montería) suministraron los respectivos datos estadísticos de la población y los permisos pertinentes para la recolección de la información de los pacientes y personal asistencial, previa solicitud de la coordinación de investigación y extensión de la Universidad de Córdoba.

En el trabajo escrito se citan según Normas ICONTEC los respectivos autores de la parte teórica y los que fueron utilizados que apoyan y/o contradicen los resultados hallados.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio están basados en una muestra de 41 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y el equipo de salud que labora en la I.P.S Bienestar Activa de Montería. El análisis de los datos se presenta en el orden de los objetivos planteados.

4.1 Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en la IPS Bienestar Activa

Se encontró que la distribución de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 según grupo etáreo, la población mayormente afectada se encuentra en el rango de 58 a 67 años de edad con un porcentaje de 49%, seguida de un 17% correspondiente a la población de 68 a 77 años (Gráfica 1), datos similares a los encontrados en el estudio de Contreras et. al.³⁸, la característica sociodemográfica reportó pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los 15 a los 75 años donde predominó el grupo de edad de 65 años de edad en un 48%.

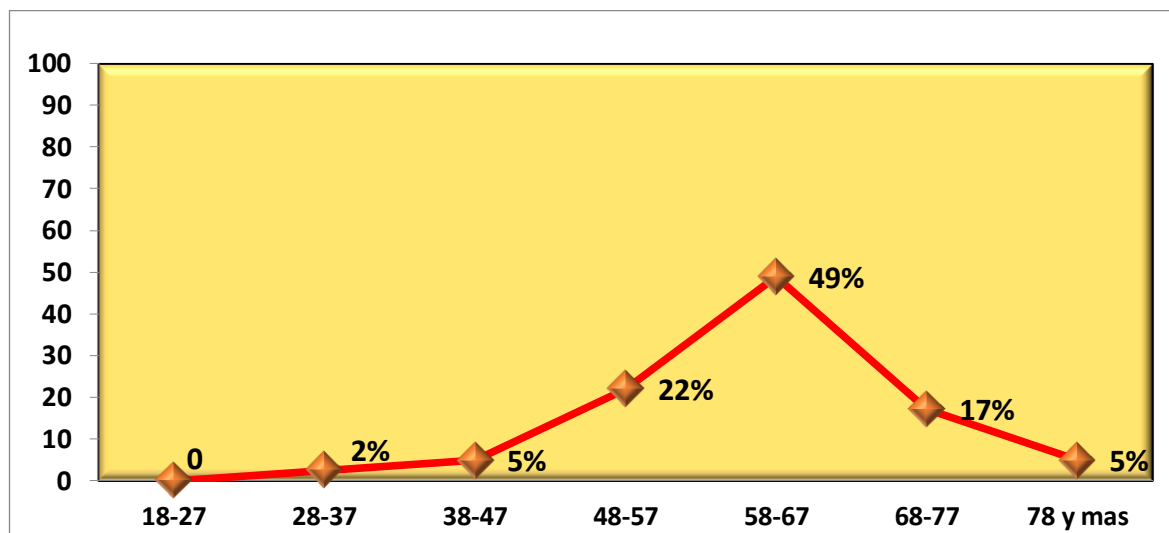
Lo cual podría obedecer a que en esta edad las personas presentan cambios naturales en la función de los sistemas corporales, como dice Gong y Muzumdar³⁹, varios aspectos de la función de la célula β del páncreas disminuyen en el envejecimiento lo que conlleva, a la disminución en la secreción de insulina. Dentro de los cambios naturales a medida en que pasan los años la memoria de los ancianos deja de ser reciente y se hace cristalizada, por lo que al momento de

³⁸ CONTRERAS, Op. cit., p. 672.

³⁹ GONG, Z and MUZUMDAR, R. La función pancreática, diabetes tipo 2, y el metabolismo en el envejecimiento: El envejecimiento y la secreción de insulina. En: Revista Internacional de Endocrinología. 2012.

que reciben la educación para su autocuidado, éstos la captarán en el momento pero luego la olvidarán.

Gráfica 1 Distribución de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 por grupo de edad.



Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

La gráfica 2 muestra que de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 por género, resultaron 30 casos (73%) correspondientes al género femenino y 11 casos (27%) al género masculino, datos similares a los encontrados por Miyar⁴⁰, en este estudio hubo predominio del sexo femenino con 74,1%. Y también por Uricochea⁴¹, en la mayoría de los países la prevalencia de diabetes es más elevada en las mujeres que en los hombres.

Lo que puede obedecer a factores de riesgo que influyen en la aparición de la enfermedad tales como: haber padecido de diabetes gestacional, hijo

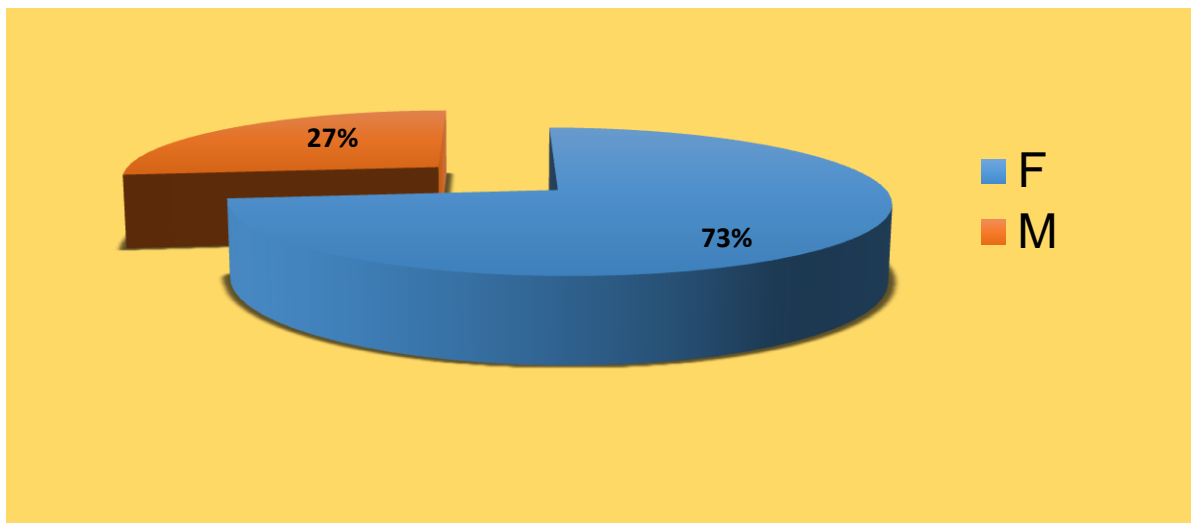
⁴⁰ MIYAR, Op. cit., p. 44.

⁴¹ URICOECHEA, Hernando. Epidemiología de la diabetes mellitus. Asociación colombiana de endocrinología. Fascículos de endocrinología. p. 22-27.

macrosómico, perímetro abdominal superior de 80 cm y antecedentes familiares. Según la literatura, “las mujeres que desarrollan diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2”⁴². Recientemente, la FID⁴³ propuso nuevos criterios diagnósticos, cuya principal diferencia radica en la preponderancia de la obesidad abdominal y la recomendación de establecer puntos de corte regionales para el perímetro de cintura.

No obstante, el hallazgo de mayor concentración en mujeres para el aspecto de autocuidado es un factor positivo, ya que por naturaleza las mujeres tienden a fomentar el autocuidado en sus hogares, por lo tanto, pueden ser capaces de captar mejor la educación que se le brinde y llevarla a cabo en su vida y en la de su familia.

Gráfica 2 Distribución de los pacientes por género



Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

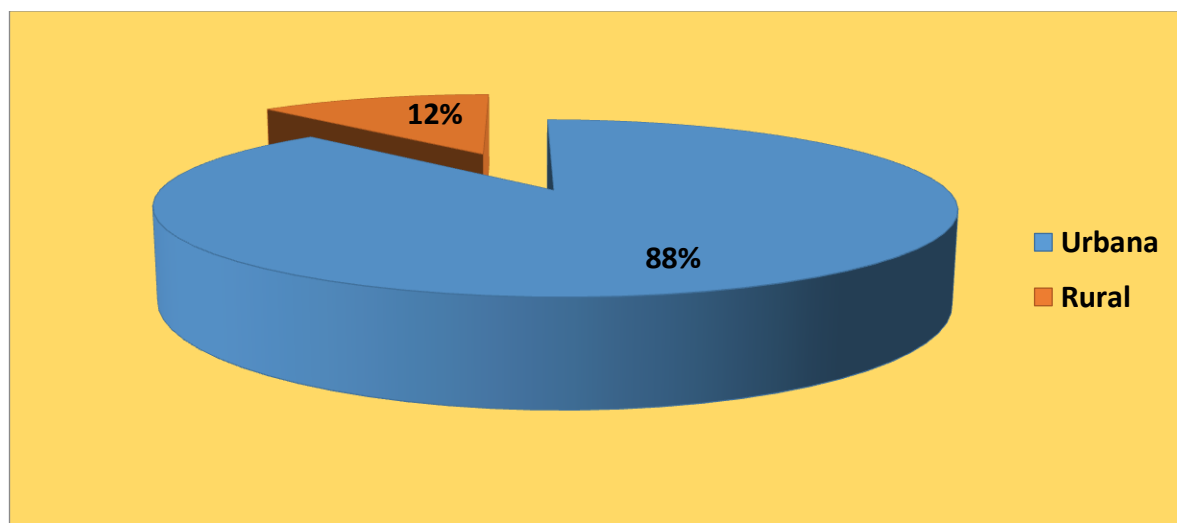
⁴² FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Atlas de la diabetes de la FID. 6 Ed. 2013. ISBN 2-930229-80-2.

⁴³ ACHERNER, Op. cit., p. 97.

Referente a la residencia de la población, se observa que el mayor número de pacientes con esta enfermedad proviene de la zona urbana con un porcentaje de 88% en comparación con la zona rural que representa el 12% (ver gráfica 3), este resultado es comparado con investigaciones realizadas por la Federación Internacional de Diabetes, “hay más personas con diabetes viviendo en zonas urbanas (246 millones) que en zonas rurales (136 millones), aunque las cifras de las zonas rurales aumentan”⁴⁴.

El hecho de que el mayor porcentaje de la población se encuentre en el área urbana, les facilita el acceso continuo de los controles brindados en la IPS, donde se les brindará la educación pertinente impartiendo el autocuidado como hábito en su vida diaria, a diferencia de las personas que se encuentran en el área rural donde se les hace más difícil el acceso a los controles ya sea por la distancia a la IPS o por sus recursos económicos.

Gráfica 3 Distribución de los pacientes por residencia



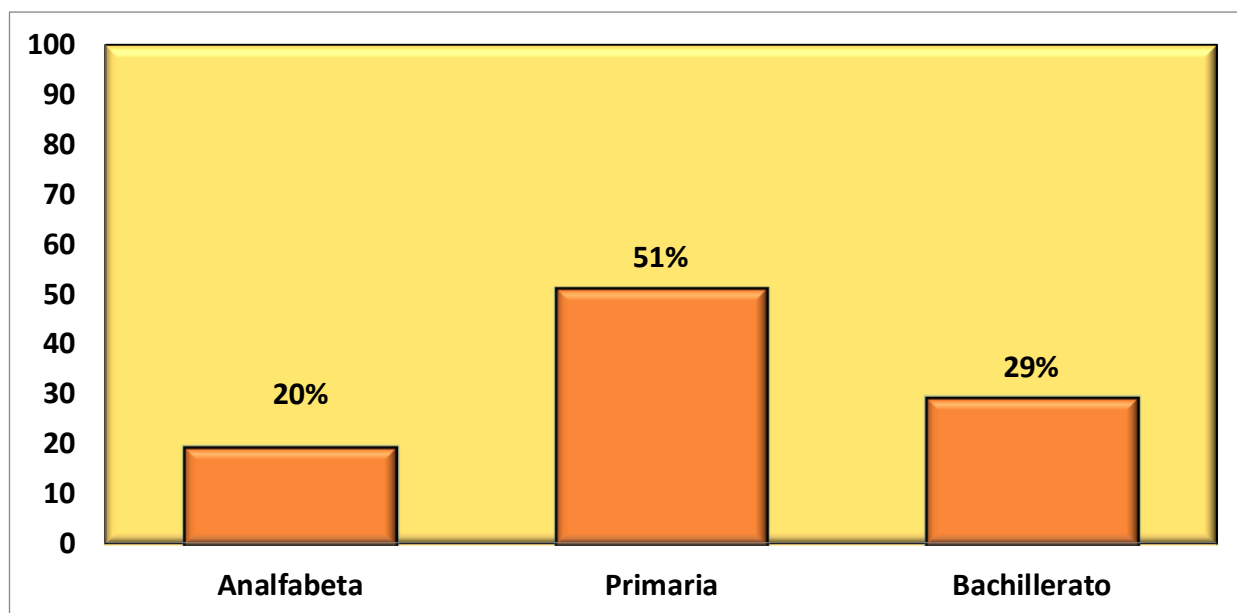
Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

⁴⁴FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES, Op. cit., p. 32.

La gráfica 4 del nivel educativo, muestra que el mayor porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se encuentra representada con un 51% (21 pacientes) en la primaria (completa e incompleta), seguida de bachillerato con 29% (12 pacientes) y por último analfabeta con 20% (8 pacientes), lo que contrasta con el estudio de Noda et al.⁴⁵, de los pacientes encuestados 12 tenían educación primaria (38,71%), 14 educación secundaria (45.16%) y 5 superior o técnico (16.13%).

Este factor ejerce influencia de forma directa e indirecta con el conocimiento de los pacientes y con su capacidad de autocuidado.

Gráfica 4 Distribución de los pacientes por nivel educativo



Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

⁴⁵ NODA, Op. cit., p. 71.

Conocimientos que los pacientes con Diabetes Mellitus de la EPS-S COMFACOR tienen de su enfermedad.

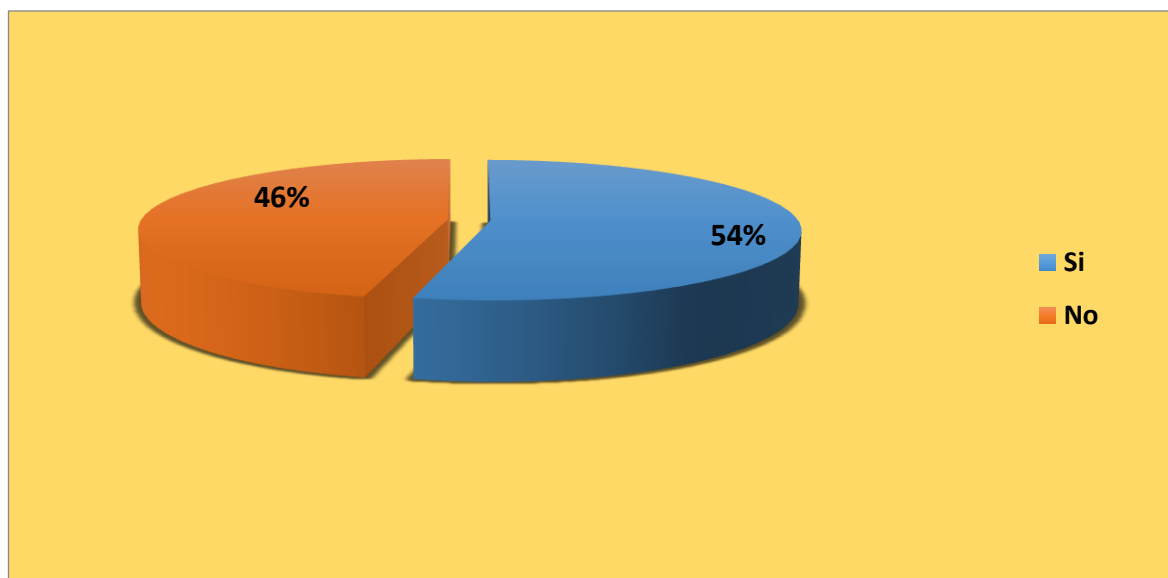
En la siguiente representación gráfica se muestra que sólo el 54% de los pacientes conocen el concepto básico de su enfermedad y 46% dice no conocer sobre esta; algunos de los pacientes que manifestaron conocer qué era la diabetes dijeron, “es azúcar alta en la sangre”, “es el daño de un órgano que hace que se suba el azúcar en la sangre” y “es el mal funcionamiento del páncreas que hace que se produzca poca insulina que es la encargada de llevar el azúcar a la sangre, acumulándose ésta, y si no se trata a tiempo y como es debido vienen las complicaciones”; resultado que coincide con el estudio de Noda, et al.⁴⁶, todos los pacientes conocían el nombre de su enfermedad pero sólo el 38,71% sabía en qué consistía. También con los hallazgos en la investigación de Herrera, et al.⁴⁷, solo el 54% de las personas del estudio se muestran interesadas por conocer más sobre su patología.

Los resultados hallados muestran que algunos pacientes aunque manifiesten conocer la enfermedad no tienen claro en que consiste la patología por lo que este estudio implica desarrollar estrategia de educación teniendo en cuenta necesidades de aprendizaje tales como nivel educativo y edad, puesto que este porcentaje equivale a 19 pacientes, lo que conlleva a un déficit en el autocuidado y posteriormente a complicaciones propias de la enfermedad.

⁴⁶ *Ibíd.*, p. 71.

⁴⁷ HERRERA, Op. cit., p. 39-46.

Gráfica 5 Conocimiento de la diabetes



Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

Conocimiento de Cuidados Básicos

De los pacientes encuestados el 100% manifiesta que conoce sobre los cuidados básicos de su enfermedad y algunos de ellos dijeron, “dieta, medicamentos, ejercicio, cuidar los pies, no fumar” y “las pastillas a la hora que dijo el médico, la comida baja en azúcar y grasa, cuidarme los pies y cuidarme de no hacerme ninguna herida”, este resultado es fundamental para conservar una buena agencia de autocuidado, contrario a este hallazgo, está la investigación realizada por Suárez et al.⁴⁸, quienes encontraron que 22,9% de los pacientes declararon no haber recibido ninguna orientación sobre los cuidados básicos de la enfermedad.

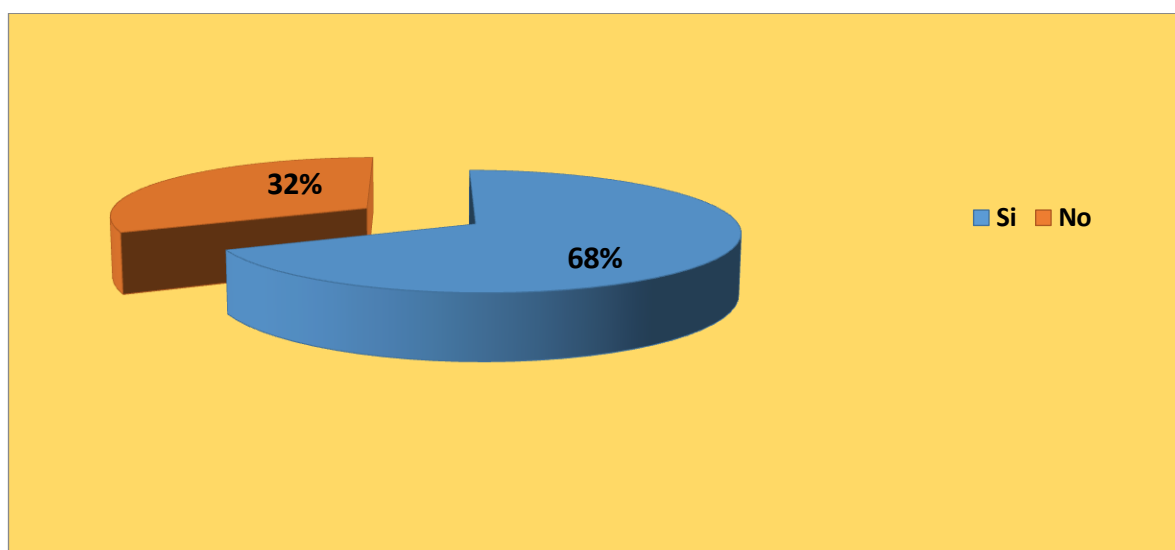
La gráfica 6, muestra que 68% de los pacientes encuestados conocen las complicaciones de su enfermedad, y mencionan algunas tanto agudas como crónicas “hipoglucemia, pie diabético, ceguera, daña los riñones”; “daña el corazón, los pies, el cerebro, los ojos, y otros órganos” y 32% las desconoce

⁴⁸ SUÁREZ, Op. cit., p. 96-97.

totalmente, lo obtenido contrasta con el siguiente estudio, “los resultados se hacen dramáticos ya que sólo el 9.8% conoce de manera adecuada las complicaciones de su enfermedad”⁴⁹.

Este hallazgo puede estar relacionado a factores intrínsecos de las personas, lo que afecta de manera directa al autocuidado de los pacientes, ya que si las desconocen, no se concientizarán de la importancia de los estilos de vida saludable, de igual forma no reconocerán sus signos y síntomas. En este sentido, enfermería debe garantizar intervenciones efectivas que favorezcan la enseñanza de las principales complicaciones de estos pacientes, motivándolos con ello a adquirir habilidades de autocuidado.

Gráfica 6 Conocimiento de complicaciones



Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

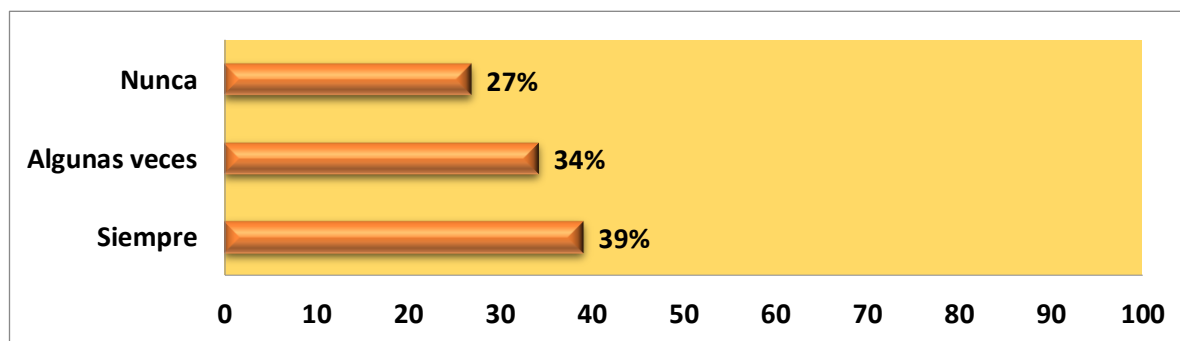
⁴⁹ NODA, Op. cit., p.72.

Principales componentes y frecuencia de la orientación en autocuidado y control de la enfermedad que reciben los pacientes con Diabetes Mellitus de la EPS-S COMFACOR.

En la gráfica 7, se observa que 39% de los pacientes han recibido educación de diabetes, 34% algunas veces y 27% nunca, los pacientes que manifestaron que siempre y algunas veces reciben esta educación dijeron que los educaban sobre, “qué es la diabetes, alimentación, tratamiento”, y otros “qué es la diabetes, complicaciones, alimentación y medicamentos”, por su parte el estudio realizado por Brunet⁵⁰, encontró que 100% de los pacientes indican que han sido orientados por su médico sobre su condición de diabetes.

El resultado hallado en el presente estudio es significativo y podría estar relacionado con el nivel educativo, donde el mayor número de encuestados eran analfabetas y de primaria completa e incompleta, y también con la edad en que se encontraban lo cual podría limitar o hacer más difícil llevar a cabo algunas o todas las actividades de autocuidado requeridas. Lo cual implica para el profesional de enfermería buscar diferentes estrategias de enseñanza que garanticen que el paciente comprendió y puede aplicar la educación recibida.

Gráfica 7 Educación Diabetes



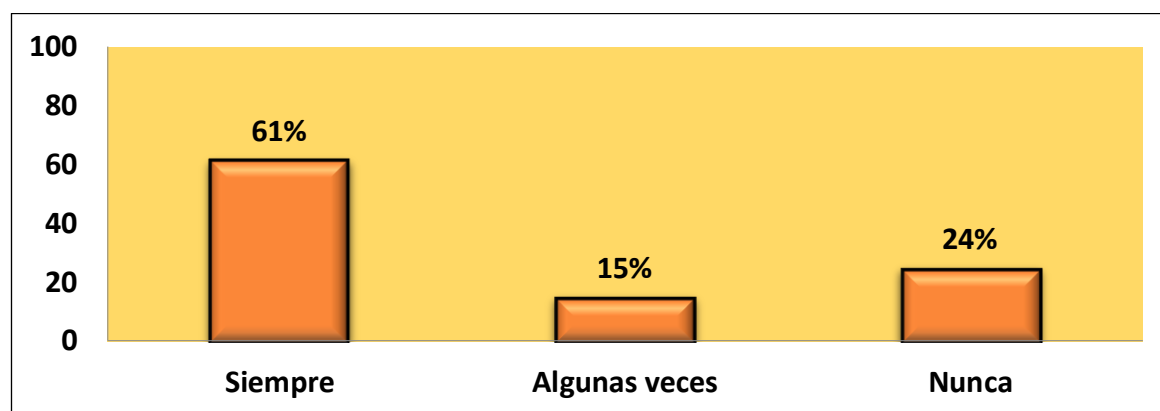
Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

⁵⁰ BRUNET, Vivian. Nivel educativo del paciente adulto-viejo sobre la diabetes tipo 2 y su relación con el apego al tratamiento. Tesis. Bayamon: Universidad Metropolitana. Escuela de ciencias de la salud. Programa de maestría en ciencias de enfermería. 2011. p.89.

La siguiente representación gráfica, muestra que 61% de los pacientes manifiestan que siempre reciben educación sobre el tratamiento médico de su enfermedad, 15% algunas veces y 24% dice nunca haber recibido esta educación; los pacientes que manifestaron que siempre y algunas veces reciben esta educación dijeron que los educaban sobre “la importancia del tratamiento y la hora” y otros dijeron, “la importancia del tratamiento, la hora y las complicaciones de tomarme las pastillas”. Continuando con los resultados hallados por Brunet⁵¹, igualmente existe una fuerte estadística significativa entre el apego al tratamiento y la variable relación con su médico y charla recibida.

Lo que puede deberse a que los pacientes le dan mayor importancia a los medicamentos relacionándolos con la prevención de las complicaciones de su patología. El hecho de que las personas siempre reciban educación del tratamiento médico sobre la importancia de seguir el horario y la función que ejerce este en su organismo, favorece su autocuidado, ya que el paciente se esfuerza en cumplir a cabalidad lo dicho por el personal de la salud, lo que favorecerá una adhesión adecuada a dicho tratamiento.

Gráfica 8 Educación de tratamiento médico

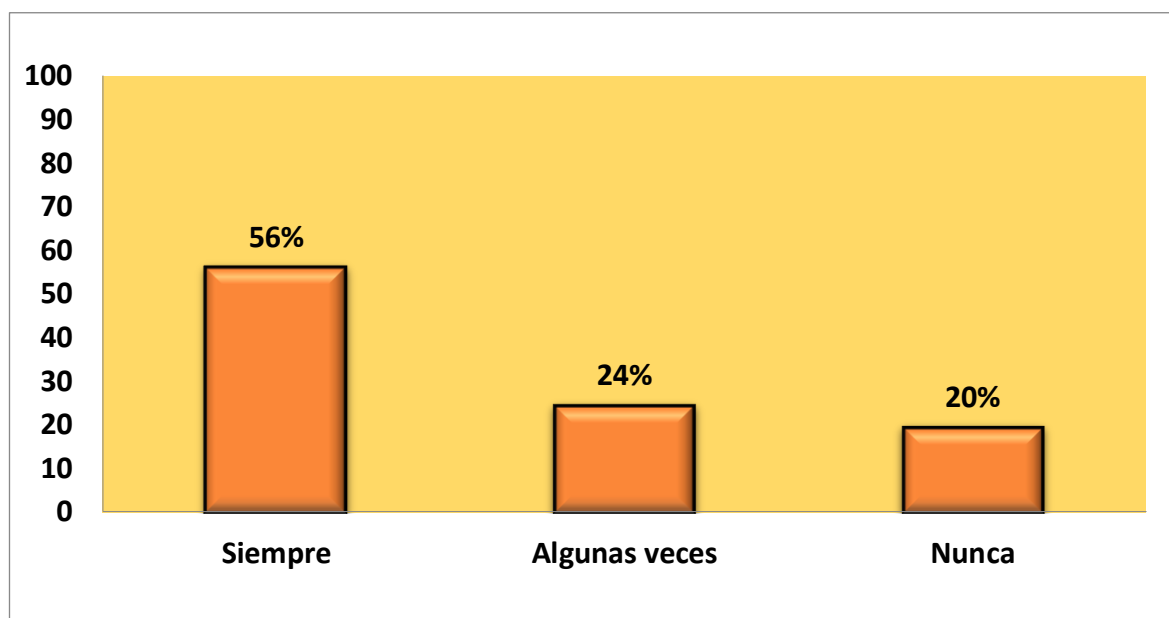


Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

⁵¹ Ibíd., p. 80.

Se encontró (gráfica 9) que 56% de los pacientes aseguran recibir educación sobre su alimentación siempre que asisten a los controles, 24% algunas veces y 20% dice que nunca ha recibido dicha educación. Este resultado se puede deber a que la mayoría de los pacientes le dan mayor importancia a este componente educativo relacionándolo con niveles de glicemia normal. La educación a los pacientes diabéticos sobre la alimentación aumenta el autocuidado ya que mejora el conocimiento de estos, disminuyendo así las complicaciones propias de la enfermedad, lo que es reafirmado por Calderón⁵², la intervención educativa en la alimentación es efectiva en mejorar el control metabólico.

Gráfica 9 Educación de Alimentación



Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

En la gráfica 10, se observa que sólo 39% de los pacientes encuestados han sido educados en sus controles sobre la prevención del pie diabético, 10% algunas

⁵²CALDERÓN, Jorge., et al. Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. Soc. Peru. Med. Interna 2003; 16 (1): 17 – 25.

veces y 51% afirman que nunca han recibido dicha educación, lo cual es similar a la investigación realizada por Suárez, et al.⁵³, en relación con el cuidado de los pies, 53,3% pacientes dijeron que no habían recibido información, 38,1% dieron respuestas imprecisas, 7% precisas e incompletas, y sólo 2% precisas completas. Por lo anterior, el profesional de enfermería debe reforzar el aspecto educativo, puesto que si los pacientes desconocen sobre esta complicación no podrán aplicar una buena agencia de autocuidado como es la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano, aumentando de esta manera el riesgo de presentar amputaciones y aún peor la muerte.

Gráfica 10 Prevención Pie Diabético



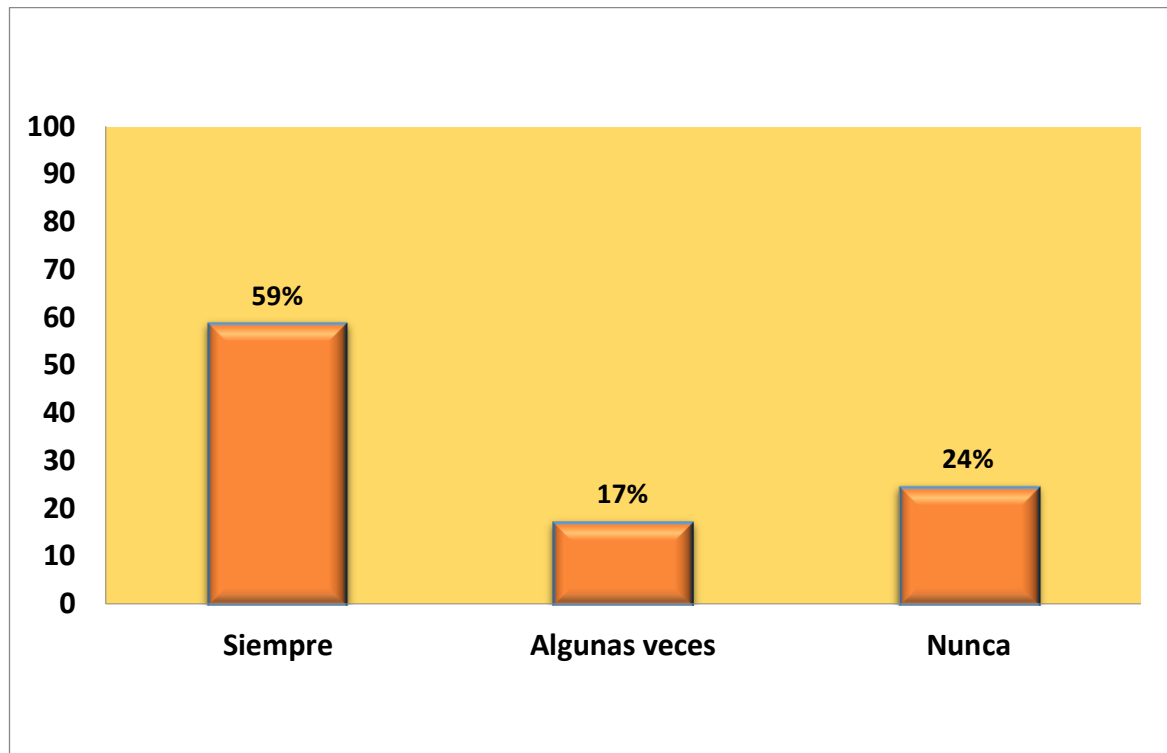
Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

La gráfica 11, muestra que 59% de los pacientes han recibido educación sobre actividad física, 17% algunas veces y 24% manifiesta que nunca la ha recibido. Estos resultados pueden estar relacionados a que la mayoría de los pacientes no le dan el interés apropiado a este componente, ya que algunos no podrán realizarlo, por: su edad, su trabajo, labores domésticas y otros no la harán por pereza, por lo que el profesional de enfermería debe implementar metodologías de enseñanza teniendo en cuenta las características sociodemográficas,

⁵³ SUÁREZ, Op. Cit., p. 96-97.

necesidades e individualidades de cada paciente, con el fin de que estos puedan adquirir las habilidades de autocuidado.

Gráfica 11 Educación Actividad Física

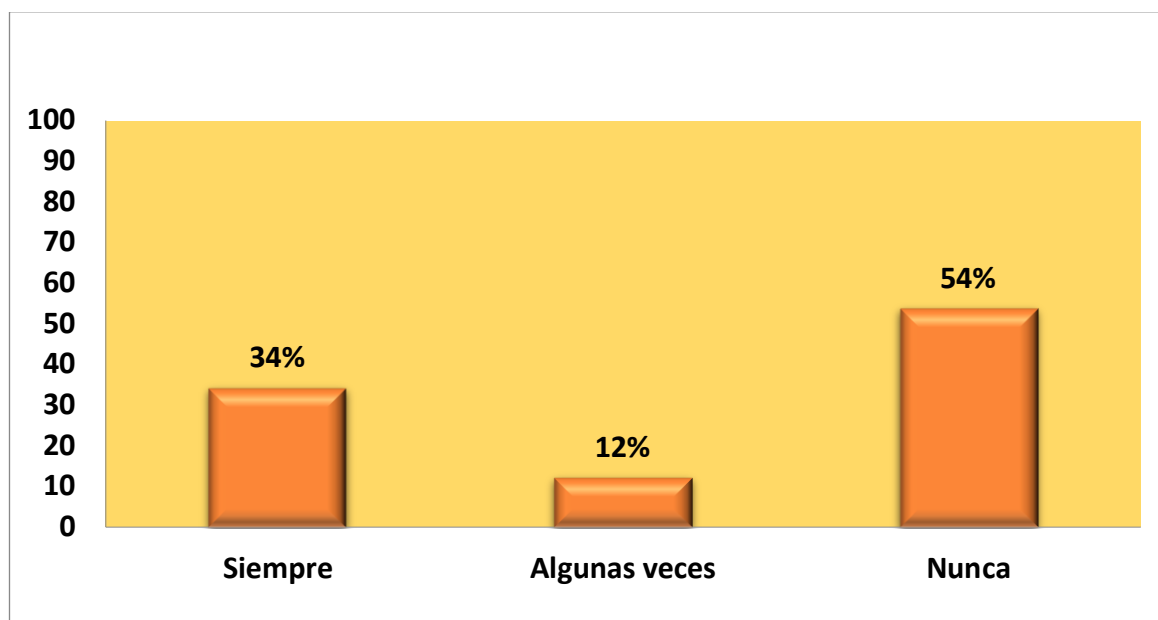


Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

En la siguiente ilustración, se puede observar que 34% de los pacientes encuestados siempre han sido educados en el tema de higiene, 12% algunas veces y 54% niegan haber recibido dicha educación; los pacientes que manifestaron que siempre y algunas veces reciben esta educación dijeron que los educaban sobre “lavarme y secarme bien los pies”, este resultado puede asociarse a que los profesionales de la salud le dan mayor relevancia a otros temas educativos con relación al cuidado de la patología que al tema en cuestión. Por lo anterior, se debe reforzar este tema de gran importancia para el

autocuidado de los pacientes, minimizando así el riesgo de infecciones y procurando una mejor calidad de vida en presencia de la enfermedad.

Gráfica 12 Educación Higiene

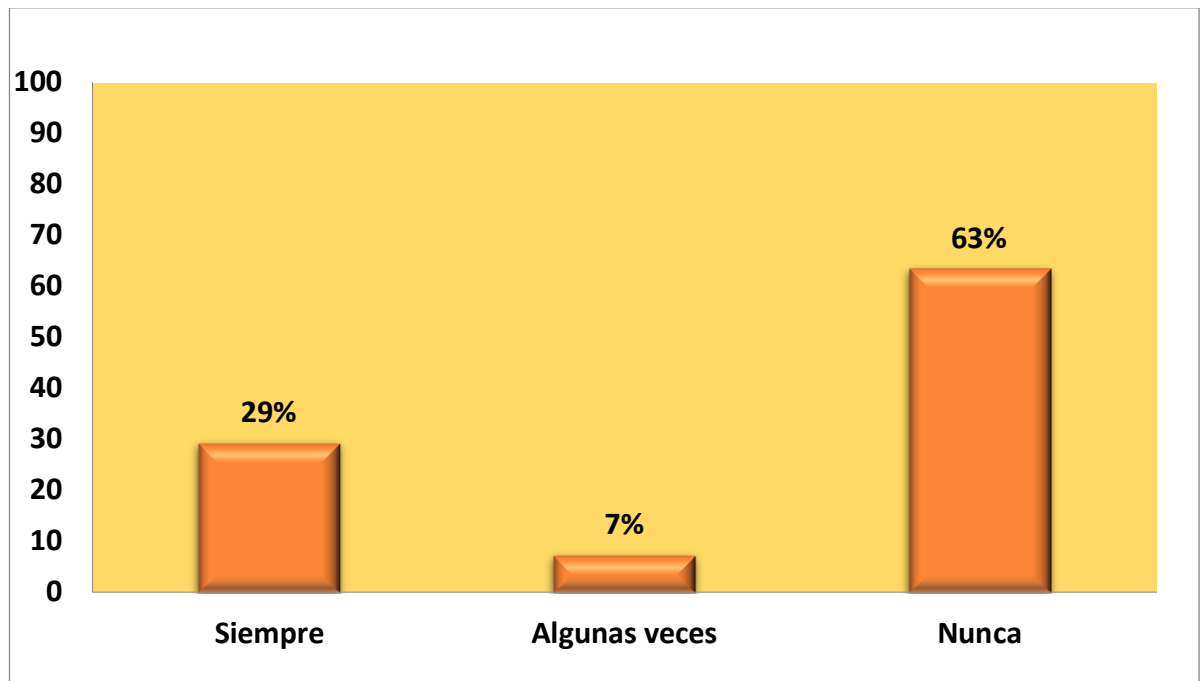


Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

La gráfica 13, muestra que de los pacientes encuestados, 29% siempre han recibido educación sobre automonitoreo, 7% algunas veces y 63% nunca la han recibido, lo cual puede estar relacionado a que no todos los pacientes se aplican insulina, por lo que la educación es dirigida solo a aquellos que lo hacen, sin embargo, algunos pacientes que se administran este medicamento dicen que no en todos los controles reciben dicha educación, lo que puede estar relacionado con la edad, ya que a mayor edad, menor capacidad de retener la educación dada por el personal de la salud. Por ende, al momento de recibir dicha educación la olvidarán y en sus hogares no van a saber hacerlo y tampoco serán capaces de identificar cuando hay una alteración en la glucemia, aumentando así el riesgo de padecer complicaciones y disminuyendo su capacidad de autocuidado, por lo que,

el personal de la salud debe tener en cuenta las necesidades sociodemográficas de los pacientes e implementar estrategias para incorporar en su autocuidado a sus cuidadores principales.

Gráfico 13 Educación Automonitoreo



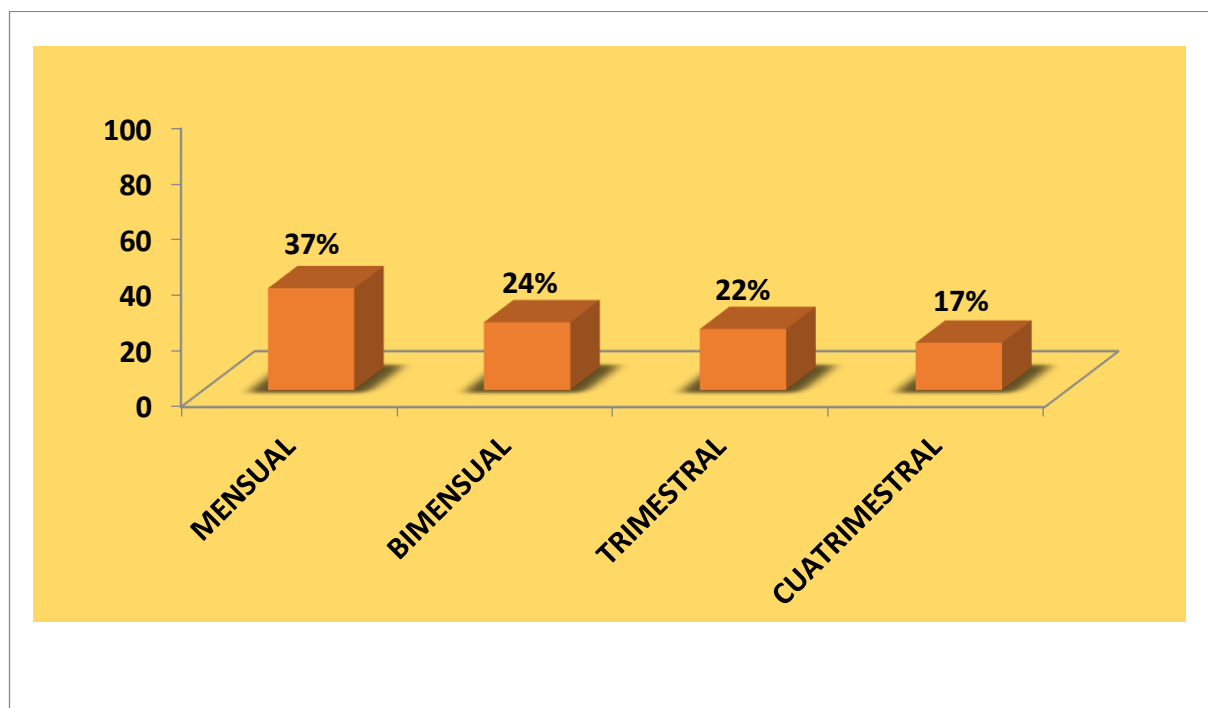
Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

En la gráfica 14, se muestra que 37% de los encuestados manifiestan que sus controles se los están realizando mensualmente, 24% bimensual, 22% trimestral y 17% cuatrimestral, esto se debe a que la IPS tiene por protocolo que los pacientes que presenten glucemias elevadas, se les programe controles más seguidos para mayor observación y seguimiento.

Lo anterior, puede estar relacionado a autocuidados inadecuados, evidenciándose en controles metabólicos insatisfactorios, para esto el profesional de enfermería debe implementar estrategias educativas acorde a las necesidades de cada paciente, garantizando la participación activa de cada uno de ellos, tanto en la

alimentación, actividad física, automonitorización, cuidado de los pies, complicaciones, tratamiento médico, higiene como también aprender las generalidades de su enfermedad, para obtener con ello un adecuado autocuidado y así prevenir las complicaciones de la patología.

Gráfica 14 Frecuencia educación



Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

La tabla 5 muestra los temas del programa educativo que brinda la Asociación Colombiana De Diabetes, y que son realizados por la IPS en la cual se realizó el estudio, sin embargo las respuestas dadas por los pacientes no son satisfactorias, lo cual podría deberse a los aspectos sociodemográficos tales como la edad, residencia y nivel educativo, o bien a la relevancia que le den los pacientes y el profesional de la salud a los componentes educativos, lo que conlleva a que no haya una adecuada comunicación entre el emisor y el receptor, en este caso, el personal de la salud y el paciente respectivamente, evidenciándose en controles metabólicos poco satisfactorios.

Tabla 5 Temas educativos

	Siempre	Algunas veces	Nunca
En que consiste la diabetes	39%	34%	27%
Pie diabético	39%	10%	51%
Alimentación	56%	24%	20%
Actividad física	59%	17%	24%
Higiene	34%	12%	54%
Automonitoreo	29%	7%	63%
Medicamentos	61%	15%	24%

Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

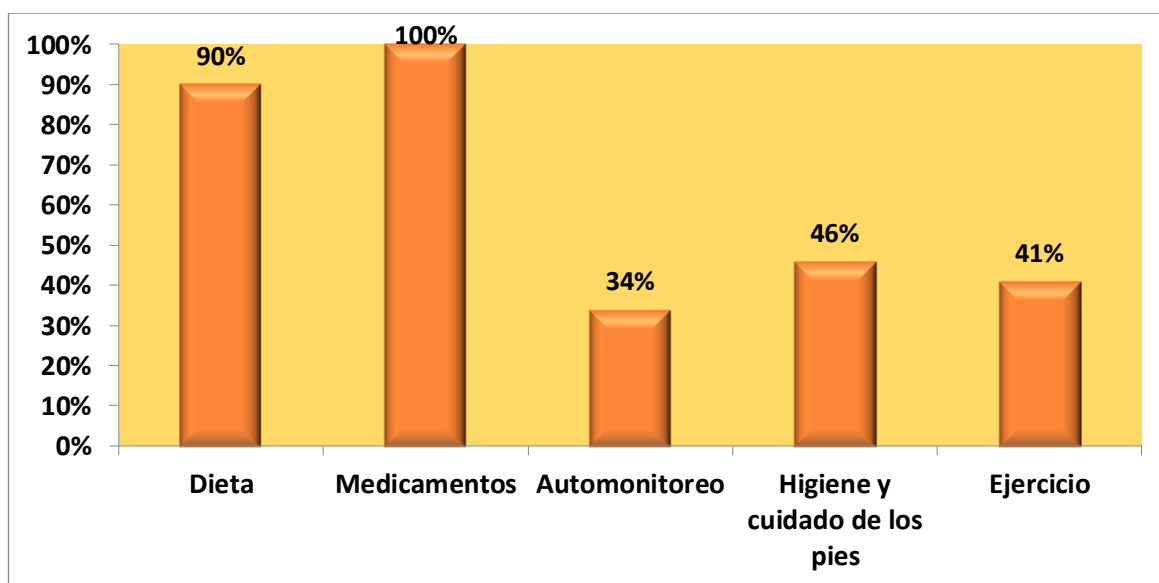
La siguiente gráfica muestra que el 100% de los pacientes manifestaron aplicar los cuidados impartidos en la educación de los medicamentos, 90% alimentación, 46% higiene y autocuidado de los pies, 41% ejercicio y 34% automonitoreo.

Estos resultados pueden estar relacionados a que la educación que reciben por parte del profesional es mucha más profunda en la dieta y la medicación, y a que relacionan la alimentación inadecuada con altos niveles de azúcar y la mala adherencia de los medicamentos a complicaciones propias de la enfermedad; en cuanto al resultado de la actividad física los pacientes manifestaron “es que no me da tiempo porque trabajo todo el día, y llego cansado (a)”, “tengo mucho oficio en la casa”, “camino todos los días a hacer diligencias” y algunos: “me da pereza realizarlos”; en el automonitoreo los pacientes manifestaron “no tengo glucómetro

porque tomo medicamentos orales”; y con relación a la higiene algunos respondieron “yo me lavo y me seco bien los pies” y otros “nunca me han dado ninguna educación de eso”.

Estos resultados indican que aunque los pacientes reciben educación sobre los cuidados básicos, estos no están realizando un autocuidado adecuado conllevando con ello a posibles complicaciones de la patología.

Gráfica 15 Aplicación Autocuidado



Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

Principales complicaciones que presentan los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la EPS-S COMFACOR

La siguiente tabla muestra que de los 41 pacientes encuestados solo 37% afirman no tener ninguna complicación y 63% presentan una o más de ellas, este resultado puede deberse a que la mayoría de estos pacientes las presentaban antes de entrar al programa de diabetes de la IPS, y además, expresaron que no recibían educación en la anterior institución de salud, por lo que se hace necesaria

la intervención educativa del personal de la salud para que disminuya el peligro para la vida y aumente el autocuidado tanto para los que ya presentan o han presentado algunas complicaciones como para los que manifiestan no presentar ninguna.

Tabla 6 Principales complicaciones

Complicación	%
Hipoglicemia	15 %
IAM	5 %
Pie diabético	5 %
Amputación	5 %
Neuropatía	10 %
Retinopatía	12 %
Nefropatía	7 %
HTA	34 %
Ninguno	37 %

Fuente: Encuesta diseñada por el grupo investigativo

5. CONCLUSIÓN

El estudio realizado muestra que las características sociodemográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la EPS-S COMFACOR, la mayor población se encuentra en edades entre 48 Y 77 años; nivel educativo entre Primaria y Bachillerato. No obstante, un porcentaje significativo es analfabeta; el mayor porcentaje de pacientes reside en la zona urbana y son de sexo femenino.

Éstas características pueden definir las condiciones y demandas de autocuidado de estos pacientes y requerir intervenciones de apoyo y educación por parte de Enfermería más efectivas e individualizadas.

En cuanto a los conocimientos que los pacientes tenían de su enfermedad, se encontró que todos los pacientes manifestaban conocer los cuidados básicos. Pero, la mayoría de ellos desconocían en que consiste su enfermedad y las complicaciones de la misma, resultados que pueden estar relacionados con las características sociodemográficas como la edad y el nivel educativo, lo que afecta de manera directa el autocuidado de los pacientes, así como también la evolución y pronóstico de la enfermedad.

En cuanto a los componentes de orientación en autocuidado se encontró que, la medicación, ejercicio y la alimentación son los temas que con mayor frecuencia se brindan en los controles; seguido de, conocimientos generales de la enfermedad y la prevención del pie diabético; a diferencia de la educación en higiene, donde más de la mitad de los pacientes expresó nunca haber recibido ésta, y con relación al automonitoreo solo se les brinda educación a aquellos pacientes que se administran insulina.

En cuanto a la frecuencia de los controles de la enfermedad se describieron 4 periodos, donde los periodos más programados fueron el mensual y bimensual.

Entre las complicaciones más comunes que manifestaron haber presentado estos pacientes se encuentran: hipertensión arterial, hipoglicemia, retinopatía y neuropatía; aunque ellos expresaron que la mayoría de éstas ocurrieron antes de ingresar al programa de diabetes de la IPS.

No obstante, es necesario por parte de enfermería implementar intervenciones educativas más efectivas y continuas, porque se observan complicaciones tanto agudas como crónicas que denotan un inadecuado control de la enfermedad y sus cuidados o sea un déficit en la agencia de autocuidado.

RECOMENDACIONES

A LA IPS

Crear estrategias de educación, teniendo en cuenta los aspectos sociodemográficos de los pacientes.

Que se haga necesario el acompañamiento de un familiar de los pacientes, sean ancianos o no, puesto que algunos adultos no tienen la capacidad de captar la información brindada.

Entregar plegables a color y con imágenes llamativas y fáciles de entender, sobre los cuidados en casa (recomendaciones).

Realización de visitas domiciliarias a los pacientes que tienen controles metabólicos inadecuados, cuyos controles son mensuales.

Realización de talleres para los pacientes diabéticos, con el fin de favorecer el trabajo en equipo, puesto que facilita e incrementa el aprendizaje y la motivación.

Colocar videos cortos y constantes en el televisor de la sala de espera, con un volumen adecuado sobre temas referentes a la Diabetes Mellitus.

A LA UNIVERSIDAD

Que se realicen estudios, que contemplen otras variables que puedan estar relacionadas a la inadecuada realización de actividades de autocuidado.

Durante las prácticas formativas aumenten las capacitaciones a los pacientes con DM y se tengan en cuenta sus aspectos sociodemográficos y que al momento de brindar las capacitaciones a pacientes y acompañantes, se garantice la comprensión de lo expuesto mediante la retroalimentación entre éstos y los estudiantes.

Que a través del Programa de Extensión Visa Pública, se de cobertura a los pacientes de IPSs como ésta, para lograr mejores condiciones para el Autocuidado en estos pacientes

BIBLIOGRAFÍA

ACHERNER, P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. En: avances en diabetología. 2010. vol. 26, no.95, p. 98.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Plan de alimentación para la diabetes y una alimentación sana. [En línea]. 2014. [Citado 1-marzo-2015] Disponible en internet:<http://www.diabetes.org/es/alimentos-y-actividad-fisica/alimentos/planificacion-de-las-comidas/plan-de-alimentacion-para-la.html?referrer=https://www.google.com.co/#sthash.Awua7TPf.dpuf>.

ARREDONDO, Damián. Costo económico en la producción de servicios de salud: del costo de los insumos, al costo del manejo de caso. Salud Pública Mex 1997; 39(2):117-124.

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES. Educación de la persona con diabetes mellitus tipo 2. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. Suppl. 1: 128-129. 2000

BRUNET, Vivian. Nivel educativo del paciente adulto-viejo sobre la diabetes tipo 2 y su relación con el apego al tratamiento. Tesis. Bayamon: Universidad Metropolitana. Escuela de ciencias de la salud. Programa de maestría en ciencias de enfermería. 2011. p.89.

CALDERÓN, Jorge., et al. Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. Soc. Peru. Med. Interna 2003; 16 (1): 17 – 25.

CONTRERAS, Astrid, et al. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. En: Investigaciones Andinas. 2013. vol. 15, no. 26. p. 672.

DIABETESALDIA.COM. Mantenga buenos hábitos de higiene personal con especial cuidado en los pies. Disponible en <http://www.diabetesaldia.com/index.php/educacion/un-buen-control/cuidadodelospies/mantenga-buenos-habitos-de-higiene-personal>.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. Atlas de la diabetes de la FID. 6 Ed. 2013. ISBN 2-930229-80-2.

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DEL CORAZÓN. Diabetes y ejercicio. [En línea]. 2014. [Citado 4-marzo-2015] Disponible en internet: <http://www.fundaciondelcorazon.com/ejercicio/para-enfermos/980-diabetes-y-ejercicio.html>.

GONG, Z and MUZUMDAR, R. La función pancreática, diabetes tipo 2, y el metabolismo en el envejecimiento: El envejecimiento y la secreción de insulina. En: Revista Internacional de Endocrinología. 2012.

GUÍA DE ATENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Resolución 412/2000. P.384.

HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, José y LICEA PUIG, Manuel Emiliano. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. En: REVISTA CUBANA DE ENDOCRINOLOGÍA. Vol. 21, no. 2, p. 182-201.

HERRERA LIAN, Arled, et al. Personas con diabetes tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. En: Avances de Enfermería. 2012. vol. 30, no 2, p.39-46.

LUCHETTI, Flávia., et al. Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. Rev Latino-am Enfermagem, 2009, vol. 17, no 4.

MINISTERIO DE SALUD. Modelos de personas con enfermedades crónicas. [En línea]. 2012. [Citado 1-Marzo-2015] Disponible en internet:<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/modelo-cuidado-enfermedades-cronicas>

MIYAR OTERO, Liudmila; ZANETTI L., María y DAGUANO, Michelle, conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes, Rev. Latino-am enfermagem.vol, 16. no 2. 2008.

NODA MILLA, Julio, et al. Conocimiento sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Revista médica herediana, 2008, Vol. 19, no 2, p. 71.

OREM, Dorotea. *Citado por:* VEGA, Olga y GONZÁLEZ, Dianne. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2007. vol. 4, no 4. p. 28-35.

SKARFORS, E.; WAGENER, T. and LITHELL, H. Physical training as treatment for type II (non-insulin-dependent diabetes) in elderly men: a feasibility study over 2 years, citado por MOLINER, Ricardo Batista; GONZÁLEZ, Lilia Ma Ortega y LÓPEZ, G. Fernández. Diabetes mellitus. Manejo y consideraciones terapéuticas. En: RESUMED. Vol. 11, no. 1, p. 6-23.

SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA. Automonitoreo de glucosa en los pacientes diabéticos. Artículo electrónico tomado de SMNE, Disponible en la internet: <http://www.innsz.mx/documentos/diabetes/18.automonitoreo%20DM%20smne.pdf>

SUÁREZ, Rolando, et al. Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies de un grupo de amputados diabéticos. En: Revista Cubana de Endocrinología. Mayo-Agosto, 2001. vol. 12, no. 2. p. 96-97.

URICOECHEA, Hernando. Epidemiología de la diabetes mellitus. Asociación colombiana de endocrinología. Fascículos de endocrinología. p. 22-27.

ANEXOS

Anexo a. Cuestionario de encuesta PACIENTES

CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EDUCACIÓN Y AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE LA EPS-S COMFACOR MONTERÍA 2015

EDAD: SEXO: F M

Lugar de procedencia y residencia:

Educación Primaria Bachillerato Técnico Analfabeta

Cuestionario de encuesta

Dirigido a: Pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en la IPS Bienestar Activo, afiliados a EPS-S COMFACOR.

Marque con x su respuesta:

1. ¿Sabe usted en qué consiste la diabetes mellitus?

a. Si ()

b. No ()

Explique brevemente:

2. ¿Conoce usted los cuidados básicos para el control de su enfermedad?

a. Si () ¿Cuáles?

b. No ()

3. ¿Sabe usted que daños o complicaciones produce la diabetes en su organismo?

a. Si () ¿Cuáles?

b. No ()

4. ¿En sus controles recibe usted educación sobre la administración de los medicamentos de su enfermedad?

a. Siempre ()

b. Algunas veces ()

c. Nunca ()

5. ¿Quién le brinda esta educación? Médico Enfermera Ambos

¿Qué aspectos incluye esta educación?

6. ¿En sus controles recibe usted educación sobre los cuidados en la alimentación que debe llevar?

a. Siempre ()

b. Algunas veces ()

c. Nunca ()

7. ¿En sus controles recibe usted educación sobre la prevención del pie diabético?

- a. Siempre ()
- b. Algunas veces ()
- c. Nunca ()

8. ¿En sus controles le revisan a usted el pie?

- a) Siempre ()
- b) Algunas veces ()
- c) Nunca ()

9. ¿En sus controlesha recibido usted evaluación médica para iniciar un programa de actividad física?

- a) Siempre ()
- b) Algunas veces ()
- c) Nunca ()

10. ¿En sus controles ha recibido usted educación para iniciar un programa de actividad física?

- a. Siempre ()
- b. Algunas veces ()
- c. Nunca ()

11. ¿En sus controles recibe usted educación sobre la higiene que debe tener para el control de su enfermedad?

- a. Siempre ()
- b. Algunas veces ()
- c. Nunca ()

¿Que incluye ésta? _____

12. ¿En sus controles recibe usted educación sobre la forma de realizarse el automonitoreo por medio de la medición de la glucemia capilar (glucometría)?

- a. Siempre ()
- b. Algunas veces ()
- c. Nunca ()

13. ¿En sus controles recibe usted educación sobre su enfermedad?

- a. Siempre ()
- b. Algunas veces ()
- c. Nunca ()

Explique sobre qué lo educan: _____

¿Cada cuánto recibe esta educación? _____

14. Presenta usted alguna de las siguientes complicaciones de la enfermedad:

- a. Retinopatía (Pérdida en la visión) ()
- b. Nefropatía (Problema en los riñones) ()
- c. Neuropatía (Pérdida de sensibilidad en todo el cuerpo) ()
- d. Pie diabético ()
- e. Ninguna ()
- f. Otra () ¿Cuál? _____

15. Aplica usted los cuidados impartidos por el personal médico y de enfermería en relación con:

DIETA: SI () NO () ¿POR QUÉ? _____

MEDICAMENTOS: SI () NO () ¿POR QUÉ?

AUTOMONITOREO: SI () NO () ¿POR QUÉ?

EJERCICIO: SI () NO () ¿POR QUÉ?

HIGIENE Y AUTOCUIDADO DE PIES: SI () NO () ¿POR QUÉ?

Anexo b. Cuestionario de encuesta EQUIPO DE SALUD

CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EDUCACIÓN Y AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE LA EPS-S COMFACOR MONTERÍA 2015

Encuesta Semicerrada

Dirigido a: personal asistencial de la IPS Bienestar activa Montería.

Cargo: _____

Tiempo de desempeño laboral _____ -

1. ¿Participa usted en el cuidado de los pacientes con diabetes mellitus afiliados a COMFACOR?

☐ Si ☐ No

3. ¿Participa usted en el control de los pacientes con diabetes mellitus afiliados a COMFACOR?

☐ Si ☐ No

4. ¿Cada cuánto se realizan estos controles?:

☐ Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Otro ¿Cuál? _____

5. ¿A Los pacientes se les brinda educación acerca de su enfermedad?

☐ Si ☐ No

¿Qué temas incluye esta educación?	¿Cada cuánto se realiza?	¿Qué aspectos incluye esta educación?	¿Quién la realiza?

¿Durante los respectivos controles como es el proceso de detección de complicaciones y/o manifestaciones tardías de la enfermedad (procedimientos, exámenes, etc)?

¿Cómo es el proceso de orientación sobre la prevención de complicaciones y/o manifestaciones tardías de la enfermedad?

En caso de detectar algún riesgo de complicación. ¿Qué conducta se sigue?

Notas u observaciones:

Anexo c. (Resolución 008430/1993)

OBJETIVO: caracterización de las condiciones de educación y autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 montería 2015.

Es importante aclarar, que la recolección de los datos, se hará a través de una encuesta, que por su naturaleza, en el estudio se tendrá en cuenta lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las bases conceptuales y legales de la investigación en salud.

Para participar activamente en el estudio, tengo conocimiento de mi aporte a esta investigación, según información suministrada por el equipo investigador. Teniendo como opción la desvinculación en el momento de no estar de acuerdo con las preguntas realizadas. El equipo investigador se compromete a no afectar mi integridad física, mental y/o social.

Los datos de la investigación serán de conocimiento de los participantes y serán socializados con fines investigativos.

La participación en este proyecto no genera ningún tipo de remuneración económica para los participantes.

Teniendo conocimiento de esto acepto ser partícipe de la investigación

NOMBRES Y APELLIDOS (Del participante o su responsable)

FIRMA (Del participante o su responsable)

Se acepta el consentimiento el día ____ mes _____ de 2015